

Approfondimento “ASSISTENZA PRIMARIA”

Gli elementi di inquadramento preliminare

- Le **malattie e le disabilità croniche** si configurano come il **principale problema** di salute/benessere emergente.
- Le **cronicità si possono gestire adeguatamente solo a livello territoriale**, negli abituali contesti di vita.
- Nell'attuale assetto del contesto lombardo, **la medicina di famiglia non è adeguatamente dotata**, strutturata e supportata per poter far fronte con razionalità ed efficienza alle cronicità.

Le modalità di approccio ed i criteri metodologici ritenuti rilevanti

- Diffondere sistematicamente il **“governo clinico”** dei medici e degli altri operatori sanitari/assistenziali/sociali quale modalità del loro coinvolgimento attivo e qualificato nel miglioramento continuo: con tale approccio, ogni operatore è chiamato a rispondere dei risultati di salute e di processo dell'intera popolazione affidata, non solo del singolo assistito.
- Sviluppare **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)** condivisi dalle diverse figure professionali del territorio e dell'ospedale per promuovere continuità di cura e adeguati livelli qualitativi e di appropriatezza nella gestione delle patologie croniche più frequenti.
- Coinvolgere ogni persona, con il suo contesto di vita, nella salvaguardia del proprio patrimonio di salute e nella partecipazione attiva alla gestione razionale delle proprie eventuali malattie e disabilità croniche: di conseguenza, è necessario strutturare nelle attività ordinarie la **“educazione terapeutica”**.
- Introdurre sistematicamente nell'assistenza primaria azioni di **prevenzione individuale**: contrasto personalizzato al tabagismo e all'alcolismo; promozione e/o prescrizione personalizzata di attività motoria e stile nutrizionale corretto; promozione e/o effettuazione diretta delle vaccinazioni; partecipazione e/o effettuazione diretta di screening di area oncologica, metabolica, cardiocerebrovascolare.
- “Aggancio affettivo” dei giovani e dei giovani adulti al Servizio Sanitario Nazionale grazie alla **facilità di accesso e sostanziale gratuità dei servizi tipicamente rivolti all'età giovanile**, quali ad esempio: ginecologo e servizi consultoriali, traumatologia sportiva, igiene orale e cure odontoiatriche di base.
- Introdurre sistematicamente nell'assistenza primaria **strumenti di misurazione/registrazione delle compromissioni funzionali**.
- Garantire un **approccio unitario tra servizi sanitari e socio-assistenziali, dal livello politico-strategico sino al livello operativo** nei confronti del singolo assistito.

Gli aspetti strategico organizzativi ritenuti rilevanti

- Affidare **all'ASL** (o all'articolazione organizzativa corrispondente nell'ipotetico nuovo assetto regionale) **il ruolo di regia della rete locale dei servizi, sanitari e socio-sanitari**, mediante:
 - l'attribuzione di **effettivi poteri di negoziazione** con tutti gli attori presenti e attivi nel territorio di competenza;
 - la possibilità di **gestire direttamente i servizi sanitari e socio-sanitari**.
- Affidare **al distretto socio-sanitario il compito di integrare e coordinare in modo contestualizzato i servizi - sanitari e socio-sanitari - presenti e attivi** nel territorio di competenza, perchè siano collegati in una rete locale, organica ed efficiente.
- Definire il **modello organizzativo complessivo di riferimento** delle reti locali dei servizi, con completo spostamento del loro governo a livello territoriale.
- **Proiettare e governare a livello territoriale, quali momenti di assistenza primaria:**
 - **tutti i servizi dell'area materno-infantile** (quali ad esempio i consultori, i pediatri di famiglia, i servizi di supporto alle fasi perinatali), agganciando fortemente i momenti ospedalieri, come ad esempio il parto, ai servizi territoriali;
 - **l'assistenza specialistica ambulatoriale** (escluse le "super specialità");
 - **i servizi per la salute mentale e per le dipendenze**, per adulti e dell'età evolutiva;
 - le **cure intermedie**, quali ad esempio: "pacchetti" coordinati di prestazioni specialistiche ambulatoriali; ricoveri brevi presso RSA o ospedali di comunità a conduzione clinica del medico di famiglia e con governo distrettuale; messa in rete dell'accesso alla riabilitazione ambulatoriale e residenziale, alle attività/cure subacute, alle RSA, agli hospice.
- Prevedere, nel rispetto di quanto indicato dalla "Legge Balduzzi":
 - L'organizzazione dei medici di famiglia in **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)**, con mantenimento della scelta del medico di fiducia, vale a dire "*forme organizzative monoprofessionali... che condividono in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi*". Tale orientamento potrebbe trovare terreno particolarmente fertile nel bresciano, considerata la positiva e ormai consolidata **esperienza di governo clinico** maturata dai medici di famiglia, inizialmente mediante team sperimentali, successivamente mediante l'audit clinico basato sui risultati di processo e di salute documentati nell'insieme degli assistiti, da parte di ciascun medico di famiglia, in relazione ai principali **Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA)**. Va inoltre sottolineata l'importanza di inserire nelle AFT i **medici di continuità assistenziale**, attualmente operanti nelle postazioni di "ex guardia medica" e scollegati sia dai medici, sia dai pediatri di famiglia. Va altresì ampliata e sostenuta la **presenza nelle AFT di infermieri e collaboratori di studio**, valorizzandone le specifiche competenze e potenzialità.
 - L'attivazione di **Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)**, vale a dire "*forme organizzative multiprofessionali... che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.*" Secondo tale orientamento, va privilegiata "*la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione*". Il luogo privilegiato e naturale di coordinamento delle UCCP risulta

quindi essere il distretto socio-sanitario e le AFT dei medici di famiglia imprescindibili elementi organizzativi funzionalmente connessi.

Gli aspetti relativi a risorse, strutture, attrezzature, incentivi e remunerazione ritenuti rilevanti

È necessario:

- Attivare nel territorio **presidi ben visibili** (tipo “casa della salute”), riconoscibili come strutture alternative all’ospedale (chiamato a rispondere a necessità sanitarie acute o di elezione, caratterizzate da elevata intensità e complessità di cura) che garantiscano una facile e continuativa accessibilità ai servizi di assistenza primaria, nell’arco della intera giornata.
- Mettere a regime un **sistema informativo/informatico efficiente**, in grado di garantire:
 - la raccolta e l’accessibilità di tutte le informazioni utili alla gestione clinico-assistenziale della singola persona;
 - lo scambio tempestivo e completo tra operatori delle informazioni clinico-assistenziali;
 - la semplificazione della documentazione formale e amministrativa;
 - il monitoraggio epidemiologico/gestionale, anche in funzione dell’audit clinico.
- Mettere a disposizione dei medici di famiglia **collaboratori infermieristici ed amministrativi in numero adeguato**.
- Introdurre un processo di transizione dall’attuale “pagamento a singola prestazione” verso forme di **remunerazione complessiva della “presa in carico”**, con modalità non di tipo economico-burocratica, ma **vincolata al raggiungimento di obiettivi** di processo e di risultato documentati.

Le possibili piste di lavoro politico a livello locale

- **Valorizzare i Comuni** nei processi di:
 - nascita e sviluppo delle AFT, anche favorendo la ricerca e messa a disposizione di strutture che possano divenire i presidi fisici di erogazione dell’assistenza primaria, sia come “case della salute” (con servizi di diversa tipologia e appartenenza), sia come ambulatori di medici di famiglia aggregati; ciò anche in collegamento con servizi comunali e valorizzando possibili disponibilità offerte dalle farmacie;
 - promozione degli stili di vita, individuali e collettivi, che potenziano il patrimonio di salute delle persone;
 - integrazione con l’assistenza nell’area socio-assistenziale.

Le possibili piste di lavoro politico a livello regionale

- Promuovere interscambi con le altre realtà provinciali lombarde, nella prospettiva di **individuare linee concettuali e di azione politica comuni**.